Roman (J. de M.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

TRATAMIENTO

DE LOS

ABSCESOS DE HIGADO DEL HUECO EPIGASTRICO

POR LA PUNCION DIRECTA

POR JUAN DE M. ROMAN:

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO,
ASPIRANTE DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO MEXICANO,
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA, MIEMBRO TITULAR DE LA ASOCIACION MEDICO-QUIRURGICA
LARREY, Y DE LA SOCIEDAD TERAPÉUTICA
RIO DE LA LOZA.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1879

Joaquin:

Aun cuando tu no haces recuerdos de tu amigo, yo hago este para ti.

J. Roman

A MIS BUENOS Y QUERIDOS HERMANOS

Genaro y José Roman:

Recuerdo cariñoso.

A MIS INMEJORABLES TIOS

BRAULIO y BASILIO MORENO:

Pálido reflejo de mi gratitud.

SABIDO es para todos lo frecuente que son entre nosotros los abscesos de hígado: sea esto dependiente de la temperatura, del género de vida ó de ambas cosas, el resultado es que las estadísticas de nuestros hospitales aparecen llenas de esta enfermedad. ¿Hay alguna circunstancia especial que explique la frecuencia de esta afeccion entre nosotros? Es indudable que debe existir alguna causa, pues se observa que en poblaciones que están en las mismas condiciones climatéricas que la nuestra y donde se cometen los mismos excesos alcohólicos, no es tan frecuente la supuracion del hígado. ¿No será acaso la especie de licor embriagante (el pulque), que entre nosotros se usa con profusion, lo que determine este estado patológico? No vacilamos en asegurarlo, apoyándonos para ésto, en la respetable opinion de muchos de nuestros clínicos, estando en primera línea el Sr. D. Miguel Jiménez.

2

Pareceria que nada nuevo habria que agregar á lo ya dicho por este clínico, cuando de una manera tan precisa hizo la historia más detallada y completa de dicha enfermedad: sin embargo, siguiendo la medicina en esta parte de la patología, como en todas, su evolucion progresiva hácia el perfeccionamiento, han venido despues mejoras subsecuentes en cuanto al tratamiento, siendo en mi concepto la más importante, la puncion del absceso de hígado por el hueco epigástrico cuando la fluctuacion es sensible por este punto. Así, pues, si logro demostrar por medio de observaciones, los ningunos inconvenientes de este recurso terapéutico, habré conseguido el objeto que me propongo, pues bien se sabe lo difícil que es para un estudiante, no solo escribir alguna novedad en medicina, sino áun estar al corriente de lo ya escrito, pues es tanto, que no exageraria si dijera que, al concluir la carrera, se comienza á iniciar el individuo en la medicina; mas solo por llenar un requisito legal, ocupo la atencion de mi respetable Jurado, esperando benevolencia de su ilustracion.

No siendo mi objeto hacer el estudio detallado de este proceso patológico, pasaré por alto todo lo que no se relacione de una manera directa al punto de tésis que sostengo; así es, pues, que me limitaré á tratar los puntos siguientes:

1.° Qué circunstancias ó qué consideraciones indujeron á practicar la puncion directa de los abscesos de hígado del hueco epigástrico.

2.° En qué condiciones debe usarse este recurso terapéutico,

y 3.° Cuál es el manual operatorio y qué precauciones deben tomarse para evitar todo accidente.

I.

Hablando alguna vez con mi maestro el Sr. Dr. Francisco Montes de Oca, sobre el motivo que habia tenido para abandonar la práctica adoptada por todos de puncionar los abscesos de hígado por los espacios intercostales, y sustituir á ésta la introduccion directa del trócar por el hueco epigástrico, no obstante que en nuestros escritos nacionales se asienta que, "si se hace la puncion directa y no á través del espacio intercostal, vendrá indudablemente la peritonitis y la muerte," me decia que, le habia sugerido la idea, el modo con que la naturaleza hace por curarlos, pues se ve que los abscesos de esta region abandonados á su marcha, comienzan por formar un tumor más ó ménos grande en el hueco epigástrico,

que duro primero, despues resistente, va dejando percibir poco á poco una fluctuacion que cada dia se hace más clara; poco despues comienzan á manifestarse fenómenos flogísticos del lado de la piel, hasta que acaba ésta por ulcerarse y dar salida al pus contenido en la glándula hepática, quedando despues un conducto fistuloso por el cual continúa saliendo la supuracion producida por las paredes del absceso, y que solo se cierra radicalmente, cuando el manantial purulento es cegado por la cicatrizacion. Si, pues, las adherencias entre el absceso y la pared abdominal, que es lo que procuraron conseguir los métodos antiguos, son hechos por la naturaleza misma, es más racional hacer en un momento con el trócar lo que ésta haria quién sabe en cuantos dias, y no ir á buscar á través del tejido hepático sano y por un camino indudablemente más largo, dar salida al pus contenido en el absceso. Guiado por estas ideas racionales, puso en práctica su pensamiento en el primer enfermo que se presentó en la clínica con las condiciones requeridas, y vió entónces que los hechos corroboraban de una manera completa sus previsiones, como se verá por la siguiente observacion.

Pedro Mendoza, soltero, natural de México, de 21 años, carpintero, de temperamento linfático y mala constitucion, soldado de la 6ª compañía del batallon de Ingenieros, entró al Hospital de San Lúcas á ocupar la cama núm. 13 de la Sala de Clínica, el dia 16 de Julio de 1874.

Encargado de la asistencia y observacion médicas de este enfermo, al siguiente dia de su entrada me acerqué á su lecho con el objeto de hacer mi interrogatorio, que dió el resultado siguiente: hacia tres meses estuvo en Yucatan, donde fué atacado de calenturas intermitentes paludeanas rebeldes que le molestaron durante un mes, al fin de las cuales sobrevinieron dolores ligeros en la region hepática y el hombro derecho, pero sin ir acompañados de perturbaciones funcionales de ningun género. A los pocos dias regresó á México y más particularmente á su Hospital Militar, pues una hepatitis aguda le obligó á ocupar cama en la 3ª Sala de Medicina, servicio del Dr. Larrea. Allí fué tratada convenientemente su afeccion, saliendo, segun dice, bien sano, pues nada le incomodaba. Sin embargo, muy poco tiempo hacia que habia abandonado el establecimiento, cuando volvieron las punzadas más fuertes, no ya en la region hepática sino en el epigastrio, sin calentura ni perturbacion funcional; únicamente notaba que le salia un tumor en el "hueco del estómago"

que iba aumentando todos los dias de volúmen y que era ligeramente doloroso al principio, al tacto; habia sudores en las tardes, y los dolores espontáneos semejantes á los que se experimentarian introduciendo agujas en las carnes. Me informé con empeño del estado de sus vías digestivas, y contestó que durante la permanencia del tumor no ha tenido jamás indigestiones, ni pirosis, ni la más ligera diarrea. No hay dolor en el hombro correspondiente al hígado.

Obtenidos todos estos datos pasé al exámen del paciente: se marcaba desde luego una coloracion pálida terrosa de su piel, sin humedad mayor al tacto que la de un individuo en perfecto estado de salud; su temperatura, medida con el dorso de la mano y el número de pulsaciones de la arteria radial, normales; las conjuntivas exangües, pero sin tinte ictérico. No hay la más ligera reaccion febril.

El tumor situado en el hueco epigástrico, llenaba completamente esta region, prolongándose lateralmente hácia los hipocondrios, y por la parte inferior, hácia la region umbilical, medía próximamente 15 centímetros de diámetro; globuloso, ligeramente culminante en su parte más céntrica; su volúmen total podia ser mayor que la naranja mas grande; sin cambio de coloracion en la circunferencia y rojo en el vértice; duro en la primera, blando en otros puntos, alternando con endurecimientos limitados y francamente fluctuante en el lugar que se habia enrojecido; su temperatura nada ofrecia de notable, no habia ningun movimiento en su masa. A pesar de lo excesivamente do-

loroso que era al tacto, percutiendo con suavidad daba un sonido macizo en toda su extension, confundiéndose los límites, á la derecha con la macicez del hígado, á la izquierda con la del bazo, aunque en este último punto era mas fácil separar por la palpacion, las dos masas sólidas. Percutida la region hepática, noté que la macicez se extendia un poco mas abajo ($0^{ms}01$) del reborde costal. No existia en los espacios intercostales ningun punto doloroso ó fluctuante. La percusion en la region esplénica señalaba sin dificultad la área maciza del bazo. La piel del epigastrio no deslizaba sobre el tumor, sino que se encontraba adherida á él, sobre todo en el punto fluctuante, donde además habia sufrido un adelgazamiento tan considerable, que amenazaba romperse muy pronto. Los límites profundos de aquel endurecimiento eran imposibles de marcar con la palpacion, pues introduciendo los dedos debajo y hundiendo la piel hasta donde el enfermo lo permitia, siempre se encontraba un obstáculo formado por el mismo resistente tejido.

¿De qué naturaleza era ese tumor? Esta es la cuestion que traté de resolver planteando el siguiente diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Por el cuadro de síntomas observados y la coleccion de datos recogidos, me fijé para despejar la incógnita en tres enfermedades: tumor maligno (cáncer encefaloide) de las paredes del abdómen que se hubiera adherido muy profundamente al epiplon ó á las vísceras, absceso hepático, ó bien un absceso frio del

tejido celular y de los músculos abdominales. Eliminando este último, por ser muy distinta la marcha que siguen esta clase de depósitos purulentos, pues aparecen rápidamente en individuos demacrados, sin cambio ninguno de coloracion en la piel y con fluctuacion uniforme sin desigualdades, queda reducido el asunto á distinguir en la afeccion que nos ocupa, ó un absceso hepático ó un cáncer encefaloide en el período de reblandecimiento y complicado de inflamacion circunscrita de la piel. La ausencia de reaccion febril, de dolor en el hombro derecho, de perturbaciones digestivas y el sitio del tumor me hicieron excluir el primero. Por otra parte, la coloracion general de la piel, los dolores lancinantes y las abolladuras de la masa, así como tambien la desigualdad de consistencia en diferentes puntos, me obligaron casi á admitir de un modo directo y por exclusion la existencia del cáncer.

Consultando la opinion del Sr. Montes de Oca, que tambien vió al enfermo, me dijo que lo observara más detenidamente, pues aunque el punto que habia elegido el tumor para aparecer era bastante raro; sin embargo, creía se tratase de una hepatitis supurada, por haber él observado casos análogos. En efecto, al dia siguiente, examinando muy minuciosamente el tumor, noté que formaba cuerpo con el hígado, de manera que percutiendo la region hepática se oía un sonido macizo que continuaba igual y sin interrupcion hasta los límites de la masa epigástrica. Además, palpando el borde inferior del tumor y siguiendo el exámen de este modo hácia arriba y á la derecha, no cabia la menor duda de que constituía la terminacion del

borde anterior de la víscera en cuestion. Habia yo fijado poco mi atencion en los sudores vespertinos, y por consiguiente les habia dado poca importancia; pero recordando las palabras de Grisolle, me sorprendió haber pasado desapercibido síntoma tan importante. Si, como dice este autor, los sudores vespertinos son sintomáticos en lo general, ó de tuberculizacion ó de formacion purulenta en algun órgano, no encontramos signo ninguno de la primera, es claro que solo nos queda por admitir la aparicion de un foco, y si éste se nos manifiesta tan marcado, con flutuacion, en una region próxima al hígado y formando parte de él, no necesito ya repetir la afeccion de que se trataba. Solo sí nos llamó vivamente la atencion la falta de perturbacion en las vías digestivas y el sitio del tumor; pero no por eso vacilé ya en asegurar que teniamos que combatir un absceso hepático próximo á abrirse al exterior por la pared abdominal.

¿Cuál debia ser el pronóstico? La contestacion era difícil en ese momento. En efecto, teniamos como favorable la edad del enfermo y la del tumor que contaba un mes, y sobre todo, la integridad de sus funciones digestivas, cuando éste habia ya adquirido un volúmen tan grande. Como desfavorable, nos encontrábamos su dimension y el adelgazamiento de la piel que amenazaba romperse, siendo de temer y con razon, que abierto el foco por el punto mas débil, quedaria una fístula incurable ó cuando ménos muy rebelde.

A pesar de todo lo expuesto, me faltaba un dato interesantísimo del Sr. D Miguel Jiménez para pronosticar de

un modo casi seguro la terminacion de la enfermedad. Quiero hablar del carácter del pus, de su color más bien dicho. Sabido es que este señor anuncia un fin fatal, cuando el pus es blanco, flegmonoso, miéntras que augura un feliz éxito cuando ofrece un color de chocolate. Pues bien: no teniendo á la vista el contenido del foco, me fué imposible exponer algo sobre la terminacion de la afeccion.

Tratamiento.—El dia 18 resolvimos hacerle una puncion con el aspirador de Dieulafoy modificado, que practiqué siguiendo el método de D. Miguel Jiménez por el noveno espacio intercostal derecho; pero como los trócares adaptables al tubo del aparato eran cortos para llegar hasta el tumor situado en la línea média, me vi precisado á hundir el punzon-cánula en el cartílago mismo hasta el casquillo, resultando de aquí que despues de adaptada la bomba á éste y hecho el vacío, no pasaba una sola gota de líquido al recipiente. Por lo cual creimos que obrando la cánula-punzon como sacabocado, habia conservado en su interior un cilindro del cartílago. En efecto, introduje un estilete, y destapando el conducto, tuvimos el gusto de ver pasar inmediatamente por el tubo un líquido chocolate rojizo y espeso. Haciendo el vacío varias veces y trasvasando el contenido del cuerpo de bomba á otra vasija, lo llevamos á la balanza que nos marcó un peso de 300 gramos. Es de notarse, que á medida que el líquido salia, el tumor disminuía de volúmen hasta llegar á desaparecer por completo, quedando en su lugar un hundimiento circunscrito por un borde circular, duro é irregular.

Por consejo de mi malogrado amigo y compañero el Sr. Labastida, hice una embrocacion con una solucion concentrada de nitrato de plata á la piel adelgazada para evitar su ruptura, curtiéndola por decirlo así. Coloqué en seguida sobre la abertura hecha por el trócar una cruz de tela emplástica, cubrí con algodon albuminado el tumor y le puse un vendaje regularmente compresivo.

Al interior, le prescribí las siguientes píldoras:

Masa azul inglesa y extracto de beleño, de cada uno un gramo para 20 píldoras. Una cada dos horas.—Método dietético: Dieta láctea.

Marcha de la enfermedad y tratamiento seguido con ella.—El tumor, al dia siguiente de la puncion, habia vuelto á aparecer, pero muy pequeño y con la piel bastante floja; la coloracion de la parte central no cambiaba; la fluctuacion era muy superficial y amenazaba todavía romperse, pues estaba el tegumento en ese punto excesivamente adelgazado. Indudablemente se trataba entónces de un abscesito subcutáneo y secundario que se habia formado consecutivamente al de la víscera, y que, como todos los de su clase, favorecen la ruptura al exterior del foco principal. Esto me preocupó bastante, por cuya razon continué usando la solucion de nitrato de plata concentrada, aplicando además, localmente, los medios del dia anterior. En la abertura practicada con el trócar no habia inflamacion, y no dejaba escapar ningun líquido. El estado general no ofrecia nada nuevo.

Seguí el mismo tratamiento y la misma alimentacion

hasta el dia 3 de Agosto, en que vaciamos de nuevo el depósito por el noveno espacio intercostal, y un poco más hácia afuera de la cicatriz dejada por la primera puncion. En esta vez me vi precisado á operar, por haberse vuelto á llenar el foco, y amenazar su abertura al exterior. No hubo ya necesidad de atravesar el cartílago costal; pero como el mayor trócar del aspirador empleado es corto relativamente, tuvimos grandes trabajos para extraer 100 gramos de un pus de igual naturaleza que el de la anterior operacion; más espeso y más sanguinolento solamente. Despues de la segunda puncion, seguí un método general y local idénticos, consiguiendo así que el tumor disminuyera, ó más bien dicho, no aumentara de volúmen hasta el 15 del mes referido, en que este último fenómeno empezó á manifestarse con rapidez. Entónces determinamos hacer una puncion directa por el epigastrio, en el punto más alto del tumor, con el objeto de buscar la cicatrizacion de la abertura despues de la operacion, é impedir la entrada del aire. En esta tercera vez salieron 328 gramos de un pus casi rojo y muy espeso, grumoso y mezclado de largos filamentos rojizos al aparecer, pero que lavados se ponian blancos y revelaban en el acto su composicion: fibrina.

Igual tratamiento interno hasta el dia 20, y alimentacion reparadora, pues no habia tenido la más leve reaccion febril. Coloqué una cruz de tela emplástica sobre el tumor, algodon y vendaje compresivo. El 16, aquél habia crecido, pero la abertura habia permanecido cerrada; no así el 17; se vació en la mañana; y tanto el líquido que se

escapó voluntariamente como el que hicimos salir por medio de presiones, equivaldria á 100 gramos.

Desde entónces estuvimos en alternativas de vacuidad y plenitud con el tumor, siempre notando que de dia en dia era capaz el foco de contener ménos líquido, arrastrando consigo la retraccion del absceso la víscera hepática por todos lados, ménos por los puntos adheridos á la piel, y que se conservaron hasta el fin inmóviles. En efecto; habiendo marcado al principio los límites de la entraña con un lápiz de nitrato de plata, diariamente podiamos todos observar por la palpacion y la percusion, el ascenso que el borde ínfero-anterior del hígado experimentaba. El dia 20 se le prescribió un baño de regadera frio, con aplicacion de ésta á la region hepática, sin chorro. Indicaciones: tónico y resolutivo. El 26 se le introdujo un tubo delgado de drainage de Chassaignac, por donde se le hacian diariamente inyecciones de agua tibia, pues el pus francamente hepático tenia muy buen olor. El apósito se componia de algodon y vendaje.

En esta época empezamos á emplear el ioduro de potasio al interior para combatir un endurecimiento notable del tumor. Llegué á elevar la dósis hasta un gramo cincuenta centígramos, constituyendo un período de un mes y dias (del 29 de Agosto al 9 de Octubre). Durante este tiempo la constitucion del enfermo se mejoró considerablemente, continuando con la buena alimentacion y el baño frio. El absceso disminuía constantemente al grado de pedir se extrajera el tubo medio centímetro diario. El 9, el 10 y el 11 estuvimos usando una inyeccion de iodo io-

durada que tuvimos que reemplazar con una ligera solucion de permanganato de potasa, porque el pus se puso muy fétido.

El 12 suspendí el baño de regadera por quejarse de dolores en el tumor. Durante el mes de Octubre no se presentó otra cosa digna de notarse; se le ministraron baños tibios, provechosos bajo el punto de vista de la retraccion de la piel.

En Noviembre tuvo por curacion tópica algodon con cloralum, medio que dió por resultado la desaparicion completa del olor fétido del pus. El dia 6 el enfermo amaneció con una erisipela ligera sobre el tumor; pero que se abatió el 8, gracias á la administracion del tártaro al interior y del colodion al exterior. El 10 volvimos á prescribirle su baño de regadera tónico, con lo cual y el tratamiento tópico de algodon con cloralum, logró curarse enteramente el individuo, quedando solo un endurecimiento en el lugar que ocupaba el foco. Desde el dia ántes citado hasta el 23 de Diciembre que se le dió de alta, no hubo otra cosa digna de notarse que la diminucion y el aumento alternativo de la cantidad del pus. El enfermo sigue bañándose todavía despues de haber abandonado el Establecimiento, pero su constitucion ha cambiado radicalmente y se encuentra en la actualidad muy robusto y de buen color.

(*Anales de la Asociacion Larrey,* Tomo I,
páginas 70, 71, 83, 84, y 85.)

He copiado íntegra la observacion del Sr. Caraza, por parecerme que pinta perfectamente el grupo de circunstancias que obligaron por primera vez á seguir el método curativo de que vengo hablando y que para otros ofrecia inminentes peligros. Como ésta, podria citar otras observaciones, pero no lo hago por parecerme la anterior bastante clara y terminante y por no hacer difuso este escrito.

Indicadas ya las razones que sirvieron de fundamento á la práctica de la puncion directa de los abscesos hepáticos del hueco epigástrico que han formado adherencias con la pared del vientre, y citada una de las muchas observaciones que corroboran su inocuidad, paso á ocuparme de demostrar que no hay inconveniente en practicar esta puncion áun cuando no existan las adherencias mencionadas.

Como se ve por lo expuesto, era perfectamente racional, una vez que el absceso hepático habia formado adherencias internas con la pared del vientre, hacer una via directa para dar salida al pus, puesto que no habia peligro alguno de que este líquido irritante se derramara en el peritonéo. Pero, no existiendo estas adherencias, era indudablemente una temeridad hacer una via en un tumor lleno de pus que queda dentro de la serosa. Así pues, solo la casualidad podia traer la conviccion de que este peligro era imaginario. Fué esto lo que pasó en el hecho siguiente, que expongo sucintamente, y que es tomado de la historia detallada que en las páginas núms. 101 y 102 del Tomo 2º de los *Anales de la Asociacion Larrey*, escribió el Sr. Larrea.

Se tenia á la vista un enfermo con todos los síntomas de un absceso hepático del hueco epigástrico; la fluctuacion era clara, las adherencias entre el tumor y el vientre más que probables; así es que se decidió á hacer la puncion directa, despues de la aplicacion de un vejigatorio, acaso para hacer más sólidas estas adherencias. Introducido el trócar, se dió salida á 250 gramos de pus con todos los caractéres que tiene el de la glándula hepática: sacada la cánula y hecha la percusion, se vió con sorpresa que el hígado se habia retraido, que su borde se ocultaba detrás de los cartílagos costales, y que por consiguiente, ó no habia habido adherencias, ó éstas eran tan insignificantes que cedieron á la fuerza de retraccion. Era de temerse el desarrollo de la peritonitis, puesto que la abertura hecha al absceso, quedaba dentro del vientre en contacto con la serosa; sin embargo, ningun accidente se desarrolló, sino que, por el contrario, se obtuvo la curacion de aquel proceso patológico por el hecho solo de la puncion, verificada en las circunstancias mencionadas.

Este solo hecho bastaba para echar por tierra las prevenciones que *a priori* se habian hecho acerca de los peligros de la puncion sin adherencias, y daba un nuevo impulso al método terapéutico que naciera poco tiempo ántes.

Aunque despues de los hechos disminuye el valor del razonamiento, procuraré indicar cuáles son las circunstancias que influyen para que no haya accidentes cuando se hace la puncion sin adherencias prévias.

Es indudable que al sacar del hígado la cánula, por la

que se ha dado paso al pus contenido en el absceso, las paredes de éste, no teniendo obstáculo alguno, se retraen para llenar la cavidad que quedaria despues de la evacuacion del líquido purulento. Esta retraccion produce, con toda seguridad, dos efectos: obturacion del orificio hecho á la pared del foco por el trócar, y un cambio en las relaciones de la glándula hepática; efectos ambos favorables, puesto que los dos evitan el derrame del pus en la cavidad del peritonéo; el primero, cerrando el conducto por donde el pus pudiera escaparse; el segundo, colocando esa abertura en contacto con una pared resistente como lo es la que se halla formada por el músculo diafragmático. Por otra parte, áun suponiendo que quede una gota de pus en la abertura hecha al hígado y que por sus propiedades irritantes desarrolle una peritonitis, ésta seria muy circunscrita, y las adherencias ó falsas membranas á que diera lugar, seria una garantía más contra el derrame de todo líquido irritante.

Si, pues, los abscesos de hígado que hacen saliente en el hueco epigástrico, tienden á abrirse y á dar salida á su contenido por esta region; si la naturaleza forma adherencias que eviten la caida del pus en el peritonéo, y si, por último, los hechos mencionados y otros que no consigno aquí por las razones ya expuestas, han demostrado de una manera perentoria que: ántes de existir esas adherencias entre la pared del vientre y la pared del foco, puede llevarse impunemente el trócar dentro de la cavidad del vientre, y vaciar las colecciones purulentas formadas en el hígado; creo no debe vacilarse en aceptar un recur-

so terapéutico, cuyas principales cualidades son su inocuidad, su sencillez, y la facilidad con que puede practicarse.

II

Una de las principales condiciones para que todo recurso terapéutico nuevo produzca buenos resultados en manos que lo utilizan por vez primera, es que, sea manejado con prudencia y solo cuando esté perfectamente indicado su uso. Así, pues, ántes de introducir el trócar por el hueco epigástrico, debe estarse plenamente convencido: 1º, de que existe una hepatitis supurada; 2º, de que el pus puede ser alcanzado por el trócar, y 3º, de que este líquido saldrá, retrayéndose por lo mismo las paredes del absceso.

Indicadas ya las circunstancias que médian para evitar que los abscesos no adherentes á la pared del vientre, dejen derramar en el peritonéo un líquido irritante, despues de practicada la puncion, se comprende perfectamente que este accidente pueda producirse, siempre que por un error de diagnóstico se haga una puncion que no tenga por resultado final la produccion de los dos efectos: oclusion de la abertura por la retraccion hepática, y cambio en las relaciones de esta entraña. Creo, por lo mismo, que puede asegurarse que, en estas condiciones, es decir, cuando no se ha hecho un diagnóstico perfecto, no podrá recurrirse sin peligro á las llamadas punciones exploratrices.

Se comprende que siempre que la fluctuacion sea apre-

ciable á nuestros medios diagnósticos, el trócar tendrá que llegar á la cavidad del absceso, puesto que se requiere para tener esa sensacion, que los tejidos interpuestos entre el líquido y el dedo, tengan un mediano espesor: siempre, pues, que la fluctuacion no sea evidente, deberá temerse practicar una puncion en blanco, y los peligros que ésta pudiera ocasionar.

Es difícil prever si el pus será demasiado espeso para poder pasar por la luz de la cánula, y si las paredes del absceso se hallarán adheridas á otra parte que no sean las paredes del vientre; en una palabra, si la retraccion hepática y el cambio de relaciones se efectuarán despues de la puncion: sin embargo, se puede adquirir alguna seguridad de que no existen estas circunstancias adversas, cuando el absceso no sea demasiado grande, lo que puede saberse por la intensidad y la duracion de la flegmasía; cuando el enfermo no ha acusado síntomas de peritonitis circunscritas, y cuando el desalojamiento del enfermo imprime ligeras modificaciones á la situacion de la entraña.

III

Siendo tan conocidos los aspiradores de Dieulafoy y Potain, no me detendré en hacer su descripcion ni á indicar tampoco la manera como se usan; limitándome solo á decir cómo debe practicarse la puncion por el hueco epigástrico.

Creo que la administracion del cloroformo está contraindicada para practicar estas punciones, pues habiendo como hay, hechos comprobantes de que este anestésico ejerce una accion irritante, muy marcada, sobre el hígado, que puede ir hasta el desarrollo de una hepatitis, deberá temerse que este anestésico exagere el estado flogístico de la entraña.

Deberá, pues, comenzarse por indicar al enfermo los peligros que habria, siempre que por un movimiento brusco en el momento de hacerse la puncion, se desviare el trócar en su direccion. Una vez obtenido el consentimiento del paciente y la seguridad de que resistirá sin menearse al dolor, se le colocará en la posicion supina: los muslos y las piernas dobladas sobre el tronco con objeto de aflojar las paredes del vientre: se buscará el punto donde la fluctuacion sea más sensible, introduciendo allí la cánula y el trócar con un golpe firme y seco, y siempre, cosa muy importante, siguiendo la direccion de adelante atrás, de abajo arriba, y de izquierda á derecha, ó de derecha á izquierda, segun sea el lado hácia el cual esté situado en su mayor parte el absceso. Puesta en comunicacion la cánula con el recipiente del aspirador, se procurará dar salida á toda la cantidad de pus contenida en el absceso, deteniéndose solo, cuando haya accesos de tos ó dolores agudos en el vientre, pues esto indica que se están verificando tracciones, ó en la pared inferior del diafragma, ó en los intestinos y el peritonéo.

No siempre que el pus deja de salir es porque se ha agotado, pues sucede muchas veces que la cánula se obstru-

ye, ya sea por la excesiva consistencia de aquel, ó bien porque la tape un grumo. Siempre que esto se verifique, deberá introducirse el estilete correspondiente á la cánula que se use. Sucede tambien, cuando se conserva la cánula en una sola direccion, que la pared del absceso se aplica sobre la extremidad de aquella, suspendiéndose en este caso la salida del líquido purulento: conviene en estas circunstancias, cambiar con suavidad y en diversos sentidos la direccion de la cánula.

Uno de los buenos signos de que el pus se está agotando es, que éste toma un color sanguinolento y se hace ligeramente seroso. Cuando esto suceda, deberá procederse á la extraccion de la cánula, tirando con una mano de ella y aplicando algunos dedos de la otra sobre la piel, con objeto de evitar todo tiramiento doloroso, y se cubre inmediatamente la pequeña herida con dos ó mas cruces de tela emplástica.

Tanto para evitar el desarrollo posible de una peritonitis, como para combatir la flegmasía del hígado, creo muy conveniente aconsejar la práctica que se sigue en el Hospital de San Lúcas, de hacer una aplicacion externa de ungüento doble de mercurio con atropina, y poner en seguida algodon y un vendaje que comprima moderadamente el epigastrio y el hipocondrio derecho.

El enfermo deberá guardar una quietud absoluta; quedará á dieta en los dos primeros dias, tomando durante ellos, pequeñas dósis de opio para mantener en reposo el intestino.

Siguiendo al pié de la letra esta conducta, al poner en

práctica este método, no dudo se conseguirán los excelentes resultados que se han obtenido en un grupo de enfermos, de quienes poseo las correspondientes observaciones, y las que no presento en este trabajo por no serme posible hacerlo muy extenso; solo sí indicaré, que son en número de nueve los enfermos en quienes se ha obtenido un éxito completo; y únicamente lo he visto fracasar en tres individuos, en quienes las dimensiones del absceso no permitian esperar buen resultado por ningun medio terapéutico conocido.

Noviembre de 1879.





